

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TAMARA BÁRBARA MEDINA ABREUS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO PERTENCENTE À ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, PAULISTAS – MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

TAMARA BÁRBARA MEDINA ABREUS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO PERTENCENTE À ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, PAULISTAS – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Rita de Cássia Costa da Silva

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

TAMARA BÁRBARA MEDINA ABREUS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO PERTENCENTE À ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA "ARACI SOARES PASCOAL", PAULISTAS –
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Rita de Cássia Costa da Silva - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 06/05/2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos.

À população do Brasil.

À comunidade do município de Paulistas, que me acolheu.

À equipe de trabalho, que partilhou comigo a busca do conhecimento.

Aos meus familiares e colegas que me incentivaram em todos os momentos de minha formação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Rita de Cássia Costa da Silva, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina / UFMG, pela dedicação e paciência.

À minha equipe, pela participação e ajuda.

À coordenação da Atenção Básica, do município de Paulistas, pelo apoio.

RESUMO

As complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica causam anualmente milhões de mortes sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Garantir uma assistência mais adequada aos pacientes hipertensos precisa de um trabalho conjunto entre a equipe de saúde e a população, que envolva ações integradas e sistematizadas de tipo educativas e assistenciais. A educação em saúde é uma importante estratégia para a prevenção e controle da hipertensão e das complicações, o que justificou a realização desse trabalho, uma vez que esse agravo é a principal doença que afeta a população do território da unidade básica de saúde Araci Soares Pascoal no município de Paulistas em Minas Gerais, sendo diagnosticada em 875 pacientes (17,7%) portadores de hipertensão. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de casos de hipertensão na população adstrita à equipe de saúde, através da implantação de ações de educação em saúde. Foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional para a definição das principais dificuldades, criação de estratégias para os problemas identificados, elaboração do plano de intervenção para os hipertensos e capacitação do pessoal e avaliação das ações. Torna-se importante a realização do plano de ação e sua implementação para garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes que sofrem desta doença. Sugere-se que mais estudos que abordem os diversos fatores relacionados à hipertensão sejam realizados.

Palavras- chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Complications of Hypertension annually cause millions of deaths being considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems in Brazil and worldwide. Ensure adequate assistance to hypertensive patients need a joint effort between the health staff and the public, involving integrated and systematized actions of educational and welfare type. Health education is an important strategy for the prevention and control of hypertension and complications, which justified the realization of this work, since this injury is the main disease that affects the population of the territory of basic health unit Araci Soares Pascoal Paulistas in the municipality of Minas Gerais, being diagnosed in 875 patients (17.7%) patients with hypertension. The objective of this work is to propose an action plan to reduce the incidence of hypertension cases in the enrolled population health team through the implementation of health education actions. We used the methodology of the Situational Strategic Planning for the definition of the main difficulties, creating strategies for the problems identified, preparation of action plan for hypertensive and training of personnel and evaluation of actions. It is important to the realization of the action plan and its implementation to ensure a better quality of life for patients suffering from this disease. It is suggested that further studies that address the various factors related to hypertension are performed.

Key words: Hypertension. Education health. Risk factors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DAC	Doença Arterial Coronária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doença Cerebrovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FPM	Fundo de Participação de Municípios
FR	Fatores de Riscos
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental Valorização do Magistério
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços
IPVA	Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ISS	Imposto sobre serviços
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMP	Prefeitura Municipal de Paulistas
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVOS	27
4	METODOLOGIA	28
5	REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	30
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

Histórico do município de Paulistas

O início da povoação da região onde se situa o município de Paulistas deu-se por volta de 1572, quando o bandeirante Sebastião Fernandes Tourinho, acompanhado de 400 homens, encontra o Rio Doce e navegando por ele, vai até o Rio Santo Antônio do Peixe e, seguindo rumo ao leste, depara-se com o Rio Coaraci Mirim, hoje conhecido como Rio Suaçuí Grande. O primeiro morador a se fixar no município foi um senhor paulista chamado "Antônio Paulistas" e que exercia a profissão de seleiro. O topônimo tem sua explicação na admissão de que foi um paulista o primeiro morador da localidade (IBGE, 2010).

A agropecuária, ainda hoje responsável pela vida econômica do município foi a primeira atividade dos primeiros moradores. Quanto à data em que se deu o povoamento do local, provavelmente foi muito antes de 1876, pois nessa época já o povoado era florescente e recebia à categoria de distrito, do então município do Serro (IBGE, 2010).

Formação Administrativa

O distrito foi criado pela Lei Provincial nº 2.258, de 30 de junho de 1876, confirmada a criação pela Lei Estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891, integrado ao município do Serro. Pela Lei Estadual nº 843, de 07 de setembro de 1923, foi criado o município de Sabinópolis, do qual o distrito de São José dos Paulistas passou a fazer parte. Pela Divisão Judiciária Administrativa do Estado de Minas Gerais, estabelecida pelo Decreto Lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, São José dos Paulistas, teve seu nome simplificado para Paulistas. O distrito de Paulistas foi emancipado formando o município de igual nome, pela Lei Estadual nº 1.039, de 12 de dezembro de 1953. A instalação do município se deu em 1º de Janeiro de 1954 (IBGE, 2011).

Paulista está localizada no Centro Nordeste mineiro, no Vale do Rio Doce, com característica socioeconômica e cultural igual à maioria dos municípios da região.

Possui uma extensão territorial de 221 km² e 4.918 habitantes, dos quais 2.615 vivem na zona rural. Limita com os municípios de Coluna, Materlândia, Sabinópolis, São João Evangelista e Rio Vermelho (IBGE, 2011).

Figura 1 - Localização geográfica do município de Paulistas – Minas Gerais.



Fonte: IBGE (2011).

Aspectos Demográficos

O quadro a seguir apresenta a série histórica da população residente no período de 2006 a 2011. Conforme observado a população residente na zona rural é superior a população da zona urbana. Observa-se uma notável redução da população rural com respeito a anos anteriores já que no último cadastramento uma região passou a fazer parte de município vizinho por sua localização mais próxima.

Quadro 1- População residente, Paulistas – Minas Gerais.

Urbana	Rural	Total
1.343	4.504	5.847
1.453	4.061	5.514
1.830	3.934	5.764
2.024	3.087	5.111
1824	2881	4.705
2303	2615	4918

Fonte: IBGE (2011).

Conforme demonstrado no quadro 2 a população de Paulistas tem características semelhantes a maioria dos municípios brasileiros, onde predomina o sexo feminino.

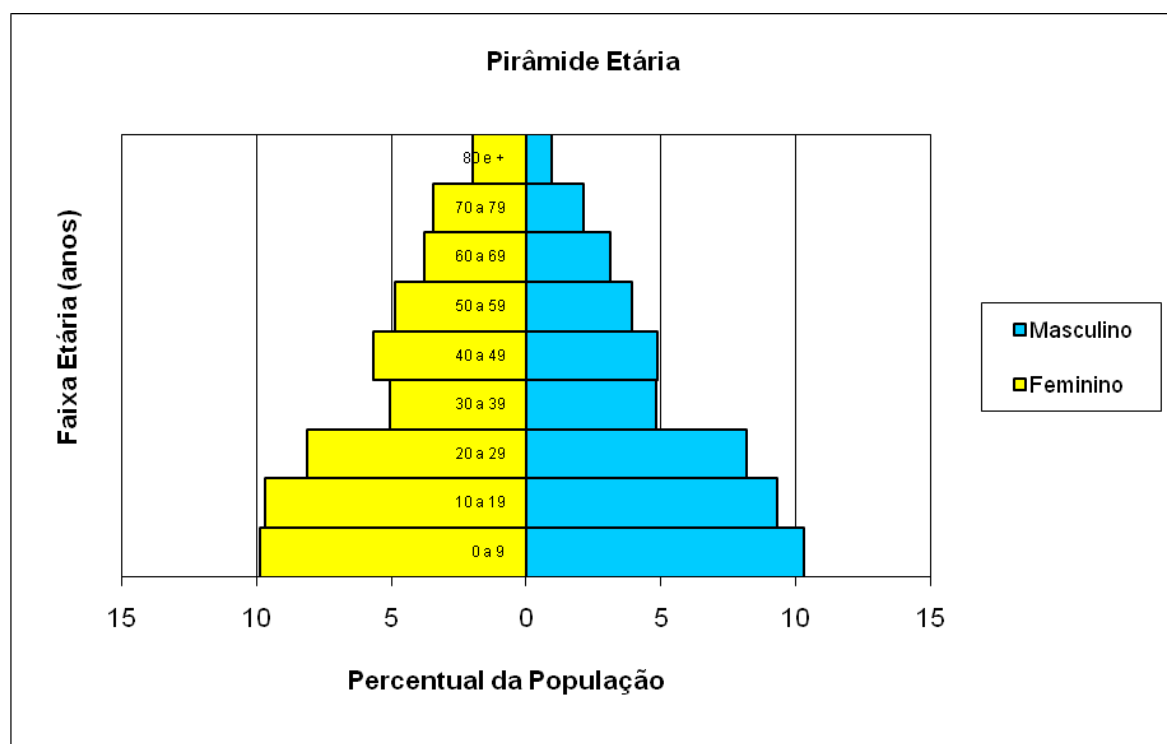
Quadro 2 - População residente por faixa etária e sexo, Paulistas - Minas Gerais

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	28	39	67
1 a 4	155	140	295
5 a 9	231	222	453
10 a 14	297	270	567
15 a 19	266	251	517
20 a 24	184	191	375
25 a 29	146	159	305
30 a 34	146	147	293
35 a 39	120	151	271
40 a 44	134	133	267
45 a 49	135	155	290
50 a 54	117	124	241
55 a 59	91	120	211
60 a 64	82	86	168
65 a 69	76	95	171
70 a 74	74	88	162
75 a 79	56	66	122
80 e +	47	96	143
Ignorada	-	-	-
Total	2385	2533	4918

Fonte: IBGE, Censos Estimativas (2011).

A pirâmide etária apresentada na figura 2 indica que a população predominante é a de 10-59 anos com diminuição na faixa etária de mais de 60 anos, o que demonstra baixa expectativa de vida.

Figura 2 - Pirâmide etária, Paulistas – Minas Gerais.



Fonte: IBGE, Censos Estimativas (2011).

Aspectos Socioeconômicos

O município de Paulistas possui 1.338 famílias, sendo, que a maioria, ou seja, 716 famílias, que corresponde a 2.615 pessoas estão concentradas na zona rural vivendo somente do rendimento agropecuário, benefícios de aposentadoria e com ajuda de programas do Governo Federal, como a Bolsa Família.

Devido a novas estratégias do Governo Federal foi realizado novo cadastramento do Programa Bolsa Família e, em consequência, o número de famílias cadastradas subiu de 455 para 599, equivalente a 12,17% da população. De acordo com dados do DATASUS (2012) atualmente apenas 503, aproximadamente 10% das famílias, ainda recebem esse benefício social.

A renda de quase metade das famílias (49%) é de até meio salário mínimo, que corresponde atualmente a R\$440,00. A proporção de famílias com rendimento de um salário mínimo está acima da média do estado e do país. Esses dados indicam que a maioria da população encontra-se em situação de extrema pobreza (IBGE, 2010).

Quadro 3 - Rendimento nominal mensal domiciliar *per capita*, Paulistas – Minas Gerais.

Rendimento mensal	N
Até 1/4 de salário mínimo	288
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	365
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	437
Mais de 1 a 2 salários mínimos	137
Mais de 2 a 3 salários mínimos	26
Mais de 3 a 5 salários mínimos	15
Mais de 5 salários mínimos	12
Sem rendimento	58
Total	1338

Fonte: IBGE, 2010 (Resultados preliminares do Universo do Censo Demográfico).

É possível analisar no quadro acima que a renda domiciliar *per capita* do município até o ano de 2010 é considerada baixa, com um total inferior a um salário mínimo para 51,1% dos domicílios.

A base econômica do município está na agropecuária, no comércio e na indústria de transformação e beneficiamento de produtos agrícolas. Destaca-se a produção de madeira de reflorestamento para variados fins, feijão, mandioca, milho, arroz, amendoim, batata-doce, café e cana-de-açúcar, bem como queijos do tipo Serro, entre outros. Estima-se que 58% de pessoas estão vinculadas ao setor agropecuário, 29% ao setor de serviços e 5% ao comércio que gera poucos empregos devido às dificuldades de renda (IBGE, 2010).

Quadro 4 - População Ocupada por Setores Econômicos, Paulistas – Minas Gerais.

SETORES	No. DE PESSOAS	%
Agropecuário, extração vegetal e pesca	870	58
Industrial	116	8
Comércio de Mercadorias	70	5
Serviços	433	29
TOTAL	1489	100

Fonte: IBGE, 2011

Na localidade existe apenas um laticínio de pequeno porte, que recebe a pequena produção de leite dos produtores rurais colaborando, assim, para a economia e a geração de empregos.

Dessa forma, o município sobrevive através de investimentos do poder público oriundos de receitas do Fundo de Participação de Municípios (FPM), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Impostos sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Serviços (ISS), Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) (IBGE, 2010).

Agropecuária

Como se observa no quadro 5, os principais produtos agrícolas produzidos no município de Paulistas são: cana de açúcar, feijão e banana, sendo que a cana-de-açúcar é o que traz maior rendimento.

Quadro 5 - Principais produtos agrícolas, Paulistas – Minas Gerais

Produto	Área colhida (ha)	Produção (t)	Rendimento médio (kg/ha)
Alho	1	3	3.000,00
Amendoim (em casca)	1	1	1.000,00
Arroz em casca várzea úmido	1	2	2.000,00
Banana (2)	22	264	12.000,00
Cana-de-açúcar	120	7.200	60.000,00
Café	37	21	567,57
Feijão (1a.safra)	72	36	500,00
Feijão (2a.safra)	500	300	600,00
Feijão (3a.safra)	25	45	1.800,00
Laranja (1)	4	28	7.000,00
Mandioca	5	64	12.800,00
Milho	800	2.400	3.000,00

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2011

(1) Produção em mil frutos e rendimento em frutos/há

(2) Produção em mil cachos e rendimento em cachos/há

Pecuária

O quadro 6 apresenta os principais produtos da pecuária municipal. Conforme demonstrado a maior produção é de Bovinos e aves (Galos, frangos, pintos e Galinhas).

Quadro 6 - Principais produtos da Pecuária Municipal, Paulistas - Minas Gerais

Produto	Quantidade
Bovinos	8239 cabeças
Eqüinos	310 cabeças
Muares	62 cabeças
Suínos	853 cabeças
Caprinos	20 cabeças
Ovinos	16 cabeças
Galos, frangas, frangos e pintos	8100 cabeças
Galinhas	3120 cabeças
Vacas ordenhadas	3095 cabeças
Leite de vaca	3926 mil litros
Ovos de galinha	10 mil dúzias
Mel de abelha	790 kg

Fonte: IBGE, Produção da Pecuária Municipal 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Escolaridade

A rede de educação do município de Paulistas atende do Ensino Infantil ao Médio destinado aos educandos na faixa etária dos 5 a 18 anos. A população cursando ensino superior estuda em cidades vizinhas na rede privada de ensino.

Conforme podemos observar no quadro 7, em 2011 o município apresentava 3.700 pessoas alfabetizadas distribuídas nas diferentes faixas etárias.

Quadro 7 - Pessoas alfabetizadas por grupo etário, Paulistas – Minas Gerais.

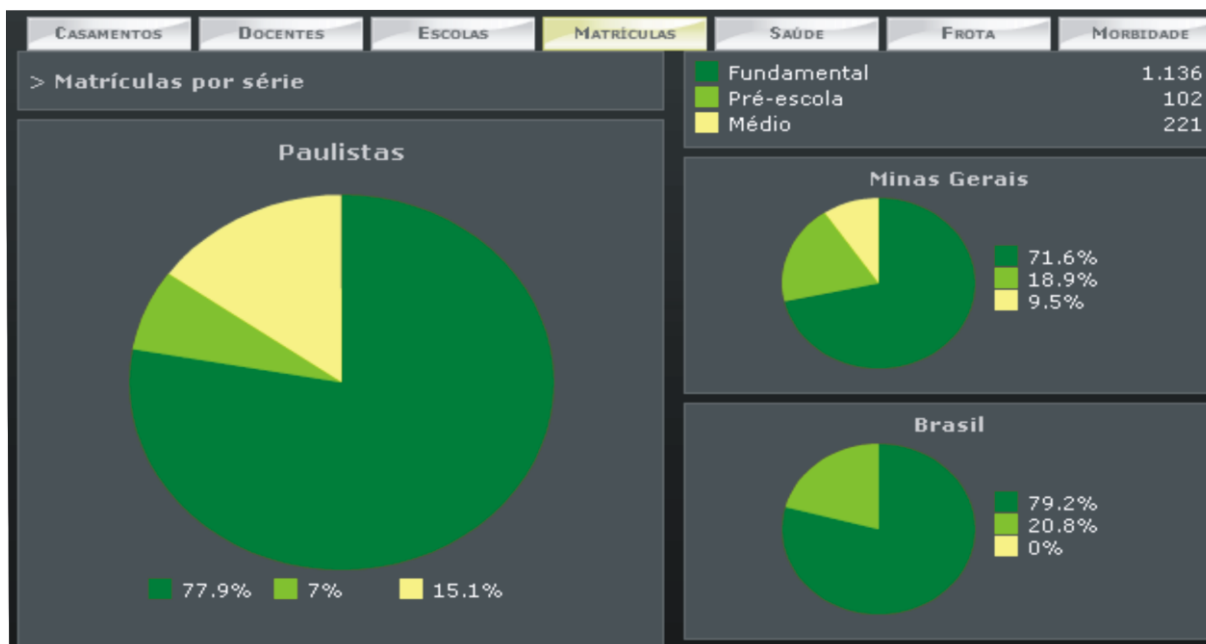
Grupo etário	Quantidade
5 a 9 anos	323
10 a 14 anos	550
15 a 19 anos	501
20 a 29 anos	657
30 a 39 anos	490
40 a 49 anos	456
50 a 59 anos	336
60 ou mais	387
Total	3700

Fonte: IBGE (2011)

No município a taxa de analfabetismo gira em torno de 24,5% da população, índice que vem diminuindo continuamente, principalmente, entre as crianças e adolescentes de 5 a 18 anos. No entanto, apesar dos programas do governo que incentivam a participação ativa nas escolas, ainda existem casos de evasão escolar por motivos diversos, com destaque para as crianças e adolescentes que moram na zona rural, adolescentes que precisam trabalhar, dentre outros (IBGE, 2011).

A figura 3 abaixo indica o percentual de matrícula por série do município Paulistas comparada com a situação do Brasil e do Estado de Minas Gerais. Observamos um comportamento similar nos três entes em relação ao ensino fundamental. No município o maior percentual de matrículas é no ensino fundamental (77,9%), seguido do ensino médio (15,1%) e pré-escolar (7%).

Figura 3 - Matrículas por série, Paulistas – Minas Gerais



Fonte: IBGE(2011)

Sistema local de saúde

Unidade de Saúde Araci Soares Ribeiro

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Araci Soares Ribeiro está em atuação desde 2 de Janeiro de 2002. Fica localizada à Rua Herculano Ferreira da Mata, n. 62, a poucos metros do Centro de Saúde. Antigamente o prédio onde atualmente está instalada a UBS era mantido por recursos estaduais e abrigava o setor de curativos, medicação, retirada de pontos e imunização. O prédio é antigo, foi um dos primeiros a serem construídos na cidade, mas passou recentemente por reformas e ampliação, por isso, encontra-se em bom estado de conservação.

A área da recepção é pequena, considerando-se grande número de pacientes adstritos, cerca de 4918 o período da manhã há sempre muito movimento na UBS, porque a maioria dos usuários vem da zona rural e procura atendimento neste período, o que gera certo tumulto. O médico atende aproximadamente 40 pessoas por dia. Existem cinco salas, sendo assim distribuídas: sala do enfermeiro com banheiro, consultório médico, sala de vacina, sala de triagem, copa e banheiro para usuários.

Em 2008 a UBS passou por ampliações e foi construído anexo um consultório odontológico com sala de recepção, sala de atendimento, esterilização, banheiro e escovódromo, uma sala de reuniões, copa, almoxarifado, lavanderia, sala de expurgo e área externa coberta.

Atualmente a unidade está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. A estrutura física está adequada às necessidades da equipe de saúde e da população. O problema maior é a precariedade do transporte, o que dificulta as visitas domiciliares.

As reuniões com os grupos operativos acontecem mensalmente no salão de reuniões da unidade, onde também acontecem as reuniões de equipe e do Conselho Municipal de Saúde.

Recursos Humanos em Saúde

A composição da equipe está descrita no quadro a seguir:

Quadro 8 - Distribuição de Recursos Humanos, UBS Araci Soares Ribeiro.

Cargo	Número de Profissionais	Vínculo	Carga Horária Semanal	Horário de Trabalho
ACS	10	Contrato anual	40 h	07 às 16 h
Técnicos em Enfermagem	03	Efetivo	40 h	PSF (07 às 16h) Centro de saúde 24 horas
Enfermeiros	01	Efetivo	40 h	07 às 16 h
Médicos	01 em PSF 01 em Centro de saúde	Contrato	PSF: 32 a 40 h	PSF 07 às 16h
Cirurgião dentista	1 em PSF	Contrato anual	PSF 40 h	PSF 07 as 16h

Território/Área de Abrangência

A área de abrangência da unidade básica de saúde Araci Soares Ribeiro atende um total de 1.334 famílias, que corresponde a 4.918 habitantes, com cobertura 100% da população.

Paulistas possui a maior parte das famílias concentradas na Zona Rural, sendo 2.615, que vivem somente do rendimento agropecuário e benefícios da aposentadoria, e com ajuda de planos federais como o Bolsa Família. A renda da maioria da população está concentrada na classe de até meio salário mínimo, ou seja, a maioria vive em situação de extrema pobreza. A proporção das famílias com rendimento de um salário mínimo está acima da média do Estado e do País.

A principal causa de morte no território são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, seguidas das doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2012).

Estão presentes dentro da área de abrangência alguns riscos à população, sendo o principal a situação das águas, que apesar da maioria utilizar a rede pública, a mesma não é tratada. Soma-se a falta de asfalto nas ruas, que com a influência das alterações climáticas, gera períodos de seca, que afetam a saúde da população. Vale destacar que 100% dos domicílios possuem energia elétrica.

No quadro abaixo apresentamos as diferentes instituições e projetos do Município que estão disponíveis à população residente no território de atuação da ESF.

Quadro 9 - Mapeamento de Instituições e Projetos existentes no município de Paulistas – Minas Gerais.

Instituições e Projetos	Área de atuação	Público-alvo	População coberta	Responsável	Financiamento
Escola Municipal São João Bosco	Educação	Crianças e Adolescentes	47	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Escola Municipal Sarah Kubitschek	Educação	Crianças	18	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Escola Municipal Padre José Wilson Sampaio	Educação	Crianças	22	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Escola Municipal José Pimenta da Silva	Educação	Crianças e Adolescentes	118	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Escola Municipal Dona Otília Vitalina de Queiroz	Educação	Crianças e Adolescentes Adultos	288	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Pré Escola Municipal Araci Soares Ribeiro	Educação	Crianças	99	Secretaria Municipal de Educação	Tesouro Municipal
Creche Bem Estar do Menor	Educação Assistência	Crianças de 0 a 6 anos	36	Edson Claudir da Rosa Cláudia Elena Escobar Márcia Ponciano Fernandes	Doações Apadrinhamento FUNDEB
ACLAMP (Associação Comunitária Lar Menor de Paulistas)	Educação Assistência	Crianças	27	Afonso Mateus de Jesus	Associação Comunitária

Escola Estadual Padre João Clarimundo	Educação	Crianças Adolescentes Jovens Adultos	321	Secretaria Municipal de Educação	Caixa Escolar
Pastoral da Criança	Saúde Educação	Crianças de 0 a 5 anos	78	Afonso Mateus M. Ducarmo da Silva M ^a Aparecida Costa Carneiro Maria de Fátima Andrade	Igreja Católica
PROJOVEM	Educação Assistência	Adolescentes	31	Nayana Queiroga Gislene do Carmo Pereira	Recurso federal em parceria com a Prefeitura
Grupo de crochê	Assistência	Adulto	08	Maria da Silva Paula	

Fonte: IBGE; Prefeitura Municipal de Paulistas (2011).

Apresentação da problemática

O trabalho da autora no município de Paulistas ocorre desde março de 2014 quando iniciou a atividade como médica intercambista do Programa Mais Médicos para o Brasil, tendo sido alocada na ESF Araci Soares Pascoal.

A participação no Programa Mais Médico prevê a realização de um Curso de Especialização em Saúde da Família, além das atividades assistenciais exercidas na unidade de saúde.

Ao longo do curso foi requerido o levantamento de dados e informações do município a partir das quais se elaborou um diagnóstico situacional da área de abrangência. Em seguida foi solicitada a elaboração de um Plano de Ação para intervenção na realidade encontrada visando modificá-la. O presente projeto pretende atender a esse objetivo.

Após a identificação dos principais problemas que acometem a população adstrita na área de abrangência da UBS Araci Soares Pascoal, a equipe se reuniu para discussão e análise conjunta dos mesmos. A partir de então se buscou compreender melhor esses problemas, bem como propor medidas de enfrentamento dos mesmos. Os problemas foram classificados conforme as prioridades identificadas pela equipe. Também foram propostas explicações e identificados os nós críticos do problema eleito como prioritário, como forma de subsidiar o planejamento e a adoção de medidas que visem o enfrentamento de tais situações.

A equipe identificou os seguintes problemas:

- Alta prevalência de HAS.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento assim como hábitos e estilos de vida pouco saudáveis.
- Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS.
- Hiperlipidemia.

- Baixo nível econômico e cultural da população.
- Alcoolismo.
- Alta dependência a psicofármacos.

A priorização do problema a ser enfrentado considerou a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, conforme descrito no quadro abaixo.

Priorização dos Problemas

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	5	Dentro
Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento assim como hábitos e estilos de vida pouco saudáveis	Alta	5	Dentro
Hiperlipidemia	Média	3	Dentro
Baixo nível econômico e cultural da população	Média	2	Fora
Alcoolismo	Média	2	Parcialmente
Alta dependência a psicofármacos	Alta	3	Dentro
Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS	Alta	5	Dentro
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro

Fonte: Diagnostico situacional da área de abrangência.

Na área de abrangência da UBS Araci Soares Pascoal de um total de 4.918 pessoas, 875 pacientes sofrem de hipertensão, representando 17,7% da população (SIAB, 2014). Apesar dos controles realizados e dos atendimentos oferecidos pela equipe de saúde aos pacientes, muitos deles ainda mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente, os pacientes do sexo masculino e com mais de 45 anos. Uns dos fatores que contribui na incidência e prevalência de níveis elevados de

pressão arterial são a falta de planejamento e programação das ações de promoção, as características da população atendida, que além de ter baixo nível econômico e cultural, tem pouco conhecimento sobre a doença pela falta de informação e os hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, o qual é uns dos problemas enfrentados pela equipe de saúde. Portanto, a equipe nomeou o problema 4 (Poucas ações de educação em saúde voltadas à população para a prevenção e controle da HAS) como prioritário. Assim, o nosso objetivo será propor um plano de intervenção com ações de educação em saúde para a população visando diminuir a incidência de casos de hipertensão, além de incrementar os cuidados com os existentes, mantendo-os controlados, e prevenir as possíveis complicações.

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho se justifica uma vez que foi verificada a elevada incidência de HAS na população adstrita, o que corresponde a 875 pacientes sofrendo desta doença representando o percentual de 17,7% (SIAB, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde a HAS *“é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal”* (BRASIL, 2006. p. 7).

Estima-se que cerca de 17 milhões de brasileiros são portadores de hipertensão arterial, o que equivale a 35% da população de 40 anos e mais. Além disso, o aparecimento da HAS está cada vez mais precoce, constituindo-se a segunda causa de morte entre a faixa etária de 45-64 anos e a terceira entre 25-44 anos. Outro dado alarmante é que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras de HAS (BRASIL, 2006). Sendo assim, considera-se que

“a carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo” (BRASIL, 2006, p. 7).

É importante identificar e controlar a HAS, pois só assim é possível obter êxito na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (BRASIL, 2006).

Diante destas evidências o problema escolhido como prioritário foi: Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS. Considera-se que se elaborar um adequado plano de intervenção, com ações precisas será possível controlar a doença. A redução dos fatores de risco evitará futuras complicações e promoverá qualidade de vida.

Além disso, as ações de educação em saúde promoverão modificações de estilo de vida, que são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção

da hipertensão. Sabe-se que o uso de medicamentos para o controle de HAS não dispensa a orientação aos pacientes para o controle dos fatores de risco: *“alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool”* (BRASIL, 2006 p.7,).

Portanto, este projeto de intervenção é necessário e contribuirá para reduzir os índices de HAS na população adstrita à ESF Araci Soares Pascoal.

3 OBJETIVOS

Geral

Propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de casos de hipertensão, na população adstrita à Equipe de Saúde da Família Araci Soares Pascoal, no município Paulistas.

Específicos

Realizar ações educativas para prevenção e diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Promover a adoção de modos e estilos de vida saudável.

Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos decorrentes da hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto de intervenção foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que se caracteriza pela realização da análise situacional para identificação dos problemas, com a participação dos atores sociais envolvidos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Buscou-se fundamentação teórica para respaldar as ações propostas, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir de material publicado no período de 1996 a 2013. Foram utilizados os seguintes descritores em saúde: Hipertensão; Educação em Saúde; Fatores de Risco.

Destaca-se que houve também ampliação da fundamentação teórica a partir da inclusão de referências bibliográficas consideradas pertinentes ao tema e dados do Ministério da Saúde. Também foram utilizados materiais do acervo da biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A intervenção educativa foi desenvolvida no território de abrangência da unidade Araci Soares Pascoal do município Paulistas, Minas Gerais.

Na fase de intervenção na realidade foram realizadas reuniões para sensibilizar a equipe frente à problemática em questão, bem como capacitá-la para desempenhar as medidas que foram propostas, através da Educação Permanente em Saúde.

Foi realizado contato com as comunidades com o intuito de conhecer a população alvo da intervenção. A partir de então foram realizados grupos operativos abordando a Hipertensão Arterial Sistêmica, seus fatores determinantes e possibilidades preventivas. As atividades de educação em saúde foram realizadas nas comunidades e na própria unidade de saúde, sendo moderadas pela médica e enfermeira da unidade, com participação dos demais profissionais de saúde, visando a partir da utilização de uma metodologia ativa e problematizadora de ensino, levar os pacientes a refletirem sobre a melhor forma de controlar os fatores de riscos e adoção de hábitos de vida saudáveis.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos por 40% das mortes por acidente vascular, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o Diabetes Mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia a partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da HAS acima de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Guzman (2006) destaca que a HAS é tanto uma condição quanto um fator de risco, configurando, por isso, um grande desafio para a saúde, pois é a principal causa de morte no Brasil.

Vários estudos relatam que a HAS apresenta um elevado custo médico-social porque contribui para o desenvolvimento de quadros clínicos complicados, como é o caso de: doença cerebrovascular (DCV), doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência renal crônica (IRC), doença vascular de extremidades (BRASIL, 2006; MION JR *et al.*, 2002; TOSCANO, 2004).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial frequentemente associado com alterações funcionais e/ou anormalidades estruturais de órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de problemas cardiovasculares fatais e não fatais. As Diretrizes Brasileiras de Cardiologia recomendam que *“a medida da P.A. deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde”* (SBC, 2010, p. 4). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas,

sem condições ideais, em pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em documento publicado pelo Ministério da Saúde verifica-se que a HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Já a pressão arterial limítrofe é estabelecida como aquela com valores sistólicos entre 130-139 mmHg e diastólicos entre 85-89 mmHg, enquanto a pressão arterial normal sistólica <130 mmHg e diastólica <85mm Hg. A pressão arterial classificada como ótima, deve ter os seguintes índices: pressão arterial sistólica <120 mmHg e diastólica <80 mmHg (BRASIL, 2006).

Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão deve-se encontrar pressão sanguínea elevada e persistente após três medições com esfigmomanômetro efetuadas em consultório médico, depois de o doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efetuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso (NCGC, NIS, 2011).

O diagnóstico e tratamento da HAS são frequentemente negligenciados porque geralmente é uma doença assintomática. Em consequência, a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da HAS em todo o mundo (BRASIL, 2006).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde na Região das Américas, a mortalidade relacionada com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte em homens e mulheres (OMS, 2010).

Dados da OMS apontam que no mundo as doenças cardiovasculares são responsáveis por 17 milhões de mortes por ano, quase um terço do total. Entre elas, as complicações da hipertensão causam anualmente 9,4 milhões de mortes (*LIM et al.*, 2012).

Em percentuais sabe-se que a hipertensão é a causa de pelo menos 45% das mortes por cardiopatias, e 51% das mortes por acidente cerebrovascular (OMS, 2008).

No ano de 2008, aproximadamente 40% dos adultos maiores de 25 anos no mundo tinham diagnóstico de hipertensão. O número de pessoas afetadas pela HAS aumentou de 600 milhões em 1980 para 1000 milhões em 2008 (OMS, 2011).

A máxima prevalência de hipertensão se registra na Região da África, com 46% dos adultos maiores de 25 anos, e a mais baixa se observa na Região das Américas, com um percentual de 35% da população.

Estudos populacionais apontaram alta prevalência de hipertensão arterial (HA) na população adulta brasileira com taxas que variaram entre 22,3% e 43,9%, utilizando-se o critério atual para hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Além disso, outros estudos denotam que a chance de desenvolver problemas cardiovasculares decorre da prevalência de HA e de seus fatores de risco, influenciando no aumento das taxas de morbimortalidade (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005; MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; KRINSKI *et al.*, 2006).

Outros estudos divulgados no Brasil descrevem que uma das dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a não adesão ao tratamento medicamentoso. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti-hipertensivos). Neste ponto, é importante destacar que aproximadamente, um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantém seus níveis pressóricos adequados (BRASIL, 2006).

O adequado controle da HAS, através de ações mais efetivas no sistema de atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde a fim de reduzir a prevalência da doença, e esta envolve um conjunto de práticas para aumentar a

saúde e o padrão da qualidade de vida com o foco no paciente, seu ambiente e estilo de vida (TACON; SANTOS; CASTRO, 2010).

Fatores de Risco

A hipertensão arterial possui natureza multicausal e os principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (historia familiar) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso) (BORGES *et al.*, 2008).

Os hábitos, a maneira de ser e de se expressar de cada sujeito caracterizam o seu estilo de vida, que varia conforme a sua inserção social e cultural. Considera-se que estilos de vida são determinados por processos mentais e fatores externos. Dessa forma, compreendemos que *“num determinado sentido, os chamados fatores de riscos como tabagismo, estilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano”* (TEIXEIRA, 2006, p. 379).

Estudos como o de Ferreira *et al.*, (2009) indicam que o tabagismo é um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres. Além disso, estabelecem a sua correlação com a doença cerebrovascular.

Como prevenção dos fatores de risco modificável é recomendada alterações no estilo de vida que incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos. No entanto, se a pressão for tão elevada que justifique o uso imediato de medicamentos, as alterações dos hábitos de vida continuam a ser recomendadas em conjunto com a medicação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Além disso, a alteração dos hábitos alimentares, como a adoção de uma dieta de baixo teor de sal, é benéfica. Está demonstrado que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular. De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais diminuem de forma significativa a pressão arterial. Recomenda-se também a prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool, cessação do hábito de fumar, redução de peso em indivíduos obesos e evitar o estresse (BRASIL, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para identificar o problema prioritário e seus nós críticos o primeiro passo foi fazer o levantamento de dados e informações do município, a partir dos quais se elaborou um diagnóstico situacional da área de abrangência. Nesta etapa foram identificados os principais problemas que acometem a população, e realizada discussão e análise para estabelecer prioridades e elaborar o plano de ação para a solução dos mesmos.

Em seguida foi elaborado o plano de ação para intervenção na realidade encontrada visando modificá-la.

As ações relativas a cada nó crítico relativo ao problema “Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS” serão detalhadas nos quadros 11 a 13.

Quadro 11- Operações sobre o “Nó crítico 1” relacionado ao problema “Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Pascoal, em Paulistas, Minas Gerais

Nó crítico 1	Capacitação da equipe multiprofissional para desenvolver atividades assistenciais e de educação em saúde para o cuidado da população
Operação	Aumentar os conhecimentos da equipe
Projeto	Aprender mais para cuidar
Resultados esperados	Profissionais mais preparados
Produtos esperados	Equipe mais motivada e preparada
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde da Família
Recursos necessários	Estrutural: Organizar as capacitações da equipe multiprofissional Cognitivo: Aumentar o conhecimento sobre prevenção e controle de HAS Financeiro: Para aquisição de materiais educativos Político: Mobilização social para divulgar informações sobre a prevenção e controle da HAS
Recursos críticos	Articulação com a Secretaria de Saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de saúde com motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Reunir a equipe para apresentar o projeto e que todos possam envolver-se com as propostas feitas e sugerir alguma ação. Capacitar a equipe de saúde sobre a doença e os fatores de riscos. Proporcionar materiais educativos para os profissionais. Divulgar informação sobre a doença nos murais. Realizar avaliação do trabalho mensalmente nas reuniões da equipe.
Responsáveis	Dra Tamara Bárbara Medina Abreus
Cronograma / Prazo	Três meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação do plano de ação, na assistência prestada aos portadores de HAS cadastrados na área da ESF Araci Soares Ribeiro serão verificados por meio dos indicadores do SUS, pela equipe de saúde da unidade, juntamente com o coordenador da Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Baseado em dados levantados no momento, o

	<p>acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado se o objetivo proposto foi alcançado, além disso, se deve:</p> <p>Pelas visitas domiciliares avaliar as modificações dos hábitos e estilo de vida.</p> <p>Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre os fatores de risco.</p> <p>Monitorar mensalmente nas reuniões da equipe os conhecimentos e ações desenvolvidas em relação ao controle da HAS.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 12 - Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Pascoal, em Paulistas, Minas Gerais

No crítico 2	Necessidade de proporcionar informação através de atividades de educação em saúde às famílias e comunidades sobre fatores de riscos para a HAS
Operação	Aumentar o nível de conhecimento e mais saúde
Projeto	Aprender os principais fatores de risco para se cuidar
Resultados esperados	Diminuição dos fatores de risco, população mais informada sobre a doença, menos complicações e adesão ao tratamento
Produtos Esperados	Melhor nível de conhecimento Ações de educação em saúde (Programa de saúde escolar, atividades com grupos).
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Saúde da Família e comunidade
Recursos necessários	Organizacional: para fazer as atividades de capacitação. Cognitivo: Informação sobre estratégias de comunicação em saúde Financeiro: Para material educativo Político: Mobilização social e com outros setores
Recursos críticos	Financeiro: Para a compra de vídeos, folhetos educativos. Políticos: Para o vínculo com educação e programas na radio
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde e Educação, assim como Comunicação Social. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto a os setores sociais para que todos possam envolver-se e sugerir alguma ação. Palestras semanalmente para os pacientes e familiares que serão realizadas pelos profissionais da equipe com o objetivo de melhorar o nível de conhecimento dos mesmos. Palestras nas escolas, na própria unidade de saúde, centros de trabalho, igrejas. Acompanhamento de todos os pacientes trimestral com aferição da pressão arterial. Realizar busca ativa de casos novos em maiores de 18 anos.

	<p>Avaliar fatores de risco dos casos estudados nas visitas domiciliares.</p> <p>Melhorar o planejamento das consultas para conseguir o número de consultas adequadas garantindo o cuidado integral de sua saúde.</p> <p>Estabelecer vínculo com a nutricionista para melhora dos hábitos alimentares.</p> <p>Serão estimuladas mudanças do modo e estilos de vida elevando o nível de conhecimento e responsabilidade dos pacientes com sua saúde.</p> <p>Realização de reuniões mensalmente com a equipe de saúde para avaliar o trabalho realizado.</p> <p>As atividades também serão baseadas nas seguintes ações:</p> <p>Promoção de ações de alimentação saudável.</p> <p>Formulação de espaços para a prática de atividades físicas.</p> <p>Confecção de murais no posto com divulgação sobre o tema.</p> <p>Divulgação de temas educativos através da radio comunitária. Formação de clubes de hipertensos para dialogar sobre o tema.</p>
Responsáveis	Dra Tamara Bárbara Medina Abreus
Cronograma / Prazo	Três meses para inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>O acompanhamento e avaliação do plano de ação, na assistência prestada aos portadores de HAS cadastrados na área da ESF Araci Soares Ribeiro serão verificados por meio dos indicadores do SUS, pela equipe de saúde da unidade, juntamente com o coordenador da Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Baseado em dados levantados no momento, o acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado se o objetivo proposto foi alcançado, além disso, se deve:</p> <p>Are</p> <p>Através das visitas domiciliares avaliar as modificações dos hábitos e estilo de vida.</p> <p>Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco da doença.</p> <p>Monitorar mensalmente os conhecimentos e ações desenvolvidas em relação ao controle da HAS pela equipe através de ações de vigilância do agravo desenvolvidas nas reuniões da equipe</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 13 - Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Poucas ações de educação em saúde para a prevenção e controle da HAS” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Araci Soares Pascoal, em Paulistas, Minas Gerais

No crítico 3	Promover a formação de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento e diminuição de complicações
Operação	Formar grupos operativos
Projeto	Mais conhecimento
Resultados esperados	Adesão ao tratamento
Produtos esperados	População mais informada e com mais saúde
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde da Família e comunidade
Recursos necessários	Estrutural: Organizar os grupos operativos Cognitivo: Informação sobre estratégias de saúde Financeiro: Para materiais educativos Político: Mobilização social e intersetorial com a rede de saúde
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de saúde com motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Formação de grupos operativos de hipertensos para discutir temas referentes à Hipertensão, sua prevenção, tratamento e controle. Fazer reunião com os grupos operativos para apresentação dos participantes e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, a duração e os melhores horários. Além disso, será explicada ao grupo a metodologia a ser utilizada nas sessões de educação em saúde. Entrevistar os pacientes para identificar os diferentes fatores de risco e o grau de conhecimento que estes possuem sobre a doença. Realizar busca ativa de casos novos em maiores de 18 anos. Realizar visitas domiciliares aos casos estudados para avaliar fator de risco.
Responsáveis	Médica
Cronograma / Prazo	Três meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será verificada a gestão por meio dos indicadores do SUS, pela equipe de saúde da unidade, juntamente com o coordenador da Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Baseado em dados levantados no momento, o acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado se o objetivo proposto foi alcançado. Além disso, deve-se: Através das consultas e visitas domiciliares avaliar o cuidado em saúde e a modificação de hábitos e estilos de vida. Avaliar e monitorar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS. Monitorar mensalmente os conhecimentos sobre HAS dos grupos operativos.

Fonte: Elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grandeza dos problemas causados pela HAS nos leva a refletir sobre a importância do tratamento da doença, bem como da adoção de medidas preventivas, com a finalidade de minimizar o número de pessoas acometidas pela doença, e conseqüentemente os custos gerados e o número de mortes.

A identificação dos fatores de risco relacionados à HAS pode colaborar com os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas profiláticas e de tratamento de níveis pressóricos elevados.

É por isso que nosso trabalho deixa explícita a importância de melhorar a atenção integral aos pacientes hipertensos, realizar atividades de promoção e prevenção, assim como, a realização de atividades individuais para diminuir de maneira gradual a aparição das complicações, sendo necessária a integração da equipe de saúde.

Torna-se importante a realização do plano de ação e sua implementação para assim garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes que sofrem desta doença.

Sugere-se que mais estudos que abordem os diversos fatores relacionados à hipertensão, como sua origem, formas de tratamento, dentre outros, continuem sendo realizados.

O nosso plano está em andamento com uma melhor organização das diferentes atividades de capacitação, além do planejamento e controle dos pacientes e já da para perceber como eles estão mais conscientizados com a sua doença e com melhor conhecimento dos fatores de risco

REFERÊNCIAS

- BORGES, H. P.; CRUZ, N.C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq bras cardiol.** v. 91,n.2, p. 110-8, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.16). Disponível em : http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf Acesso: 06 out 2014.
- CAMPOS, F.C.C. FARIA. H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.
- CONVERSO, M. E. R.; LEOCÁDIO, P. L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.1, p.13 -23, 2005.
- DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php.> Acesso: 06 out 2014.
- FERREIRA, S.R. G. *et al.* Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública.** v. 43, (supl 2), p. 98-106, 2009.
- GUZMÁN, J. Hipertensión arterial artículo de revisión. **Actualización médica periódica.** v. 3, n. 6, p. 58- 63, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos Demográficos. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 23 Set 2015.
- Lim, S. S. *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet.** v. 380, n. 9859, p. 2224-60, 2012.
- MION JR, D. *et al.* Hipertensão Arterial. Abordagem Geral. Projeto Diretrizes. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Nefrologia**, 2002.
- MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte.** v. 10, n. 6 , p. 513-16, 2004.
- National Clinical Guidance Centre (Agosto de 2011). "7 Diagnosis of Hypertension, 7.5 Link from evidence to recommendations". [*Hypertension \(NICE CG 127\)*](#) (PDF) National Institute for Health and Clinical Excellence [S.I.] p. 102.
- OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.2, p. 179-84. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles**. 2012. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em 06 out. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIAB >Acesso: 06 out 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 95(1 supl.1): 1-51, 2010.

TACON, KCB; SANTOS, HCO; CASTRO, EC. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.6, p.486-9, 2010.

TEIXEIRA, ER *et al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.10, n.3, p. 378- 84, 2006.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

KRINSKI, K. *et al.* Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **EFDeportes.com Revista Digital**. Buenos Aires, v. 10, n. 93, fev. 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>. Acesso: 06 out 2014.